Fecha de Recibido: _____

MAPFRE | **LA CENTRO AMERICANA**
EL SALVADOR

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.
Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2245-3389

RECLAMO		
MÉDICO HOSPITALARIO	**ACCIDENTES PERSONALES**	**COLECTIVO DE VIDA**
Colectivo ☐	Escolar ☐	Renta por Hospitalización ☐
Individual (Mediseguro Familiar) ☐	Empresa ☐	Incapacidad Temporal ☐
	Individual ☐	Enfermedades Graves ☐
		Invalidez ☐

Indicaciones:

- Será responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica, sin costo alguno para la compañía, la cual será contestada por el último médico que lo asistió.
- Si el asegurado es menor de edad (Accidentes personales-Escolar), el formulario deberá ser llenado por sus padres o su representante legal debidamente autorizado.

I. EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO

1. ASEGURADO	TEL. RESIDENCIA	TEL. CELULAR	PÓLIZA	CERTIFICADO
2. PACIENTE RECLAMANTE			PARENTESCO	EDAD

3. CAUSA DE LA RECLAMACIÓN: ENFERMEDAD ( ) ACCIDENTE ( ) OTROS ( )

4. SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ENFERMEDAD INDIQUE:
   a) EL PADECIMIENTO _____
   b) ¿CUÁNDO SE PRESENTARON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS? _____
   c) ¿CUÁNDO COMENZÓ EL TRATAMIENTO? _____

5. SI LA CAUSA DEL RECLAMO ES POR ACCIDENTE INDIQUE:
   a) ¿CUÁNDO OCURRIÓ? _____
   b) ¿DÓNDE OCURRIÓ? _____
   c) ¿CÓMO OCURRIÓ? _____

6. MÉDICO CONSULTADO: FECHA:

7. REFERENCIAS DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS

	NOMBRE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
PRIMER MÉDICO			
MÉDICO ACTUAL			

8. SI HA ESTADO HOSPITALIZADO POR ESTA DOLENCIA, INDIQUE:

NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA

DECLARO QUE ESTOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES Y OTRAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE ME ATENDIERON, PARA QUE SUMINISTREN A LA CENTRO AMERICANA, S.A., CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTE RECLAMO Y SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGÚN RECLAMO.

F. _____ _____
ASEGURADO FECHA

II. GASTOS RECLAMADOS - Aplica únicamente para reembolso de gastos médicos

		No. DOCUMENTOS	MONTO
1.	CUENTA HOSPITALARIA		
2.	HONORARIOS POR CIRUGÍA		
3.	ANESTESISTA		
4.	HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTAS		
5.	HONORARIOS POR TRATAMIENTOS		
6.	LABORATORIOS Y RAYOS X		
7.	FARMACIA FUERA DEL HOSPITAL		
8.	OTROS (ESPECIFIQUE)		
9.	TOTAL DE GASTOS RECLAMADOS		

EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO TRATANTE

CONFIRMO EN MI CONDICIÓN DE MÉDICO, HABER ASISTIDO AL PACIENTE: _____

_____ EDAD: _____

1. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y CONDICIONES CONCURRENTES _____

   _____

   EN CASO DE PACIENTE FEMENINO ¿SE DEBE LA CONDICIÓN A EMBARAZO? SI ( ) NO ( )

   SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, EDAD DEL EMBARAZO _____

2. ¿EN QUÉ FECHA COMENZÓ LA CAUSA BÁSICA DE ESTA CONDICIÓN? _____

   ¿TIEMPO DE EVOLUCIÓN? _____

3. ¿HA SIDO TRATADO POR LA MISMA CAUSA U OTRAS? _____

   EN CASO AFIRMATIVO EXPLIQUE, INDIQUE FECHAS, MÉDICOS, ETC. _____

   _____

   _____

4. ¿ESTUVO HOSPITALIZADO POR LA CAUSA DE ESTE RECLAMO? SI ( ) NO ( )

   NOMBRE DEL HOSPITAL _____

   FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE SALIDA _____

5. ¿CUÁNTAS VECES DIARIAS TRATÓ AL PACIENTE EN EL HOSPITAL? _____

6. DETALLES DEL TRATAMIENTO (INCLUYENDO OPERACIÓN, SI HUBO) _____

   _____

   _____

7. SEGÚN SU OPINIÓN, QUEDARÁ IMPEDIMENTO O SECUELA SI ( ) NO ( )

   EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE: _____

   _____

   _____

   _____

8. SI LA CAUSA FUE POR ACCIDENTE: _____

   FECHA EN QUÉ OCURRIÓ: _____ LUGAR EN QUÉ OCURRIÓ: _____

   CÓMO OCURRIÓ: _____

   _____

9. OBSERVACIONES _____

   _____

COMPLETAR ESTA PARTE ÚNICAMENTE EN CASO DE PÉRDIDA DE MIEMBRO U ÓRGANO		
ESPECIFIQUE EL MIEMBRO U ÓRGANO PERDIDO IZQUIERDO ( ) DERECHO ( )	TIPO DE PÉRDIDA TEMPORAL ( ) PERMANENTE ( )	PRONÓSTICO
PUNTO O SEPARACIÓN DEL MIEMBRO U ÓRGANO:	FECHA EN QUE SUFRIÓ LA PÉRDIDA:	

LUGAR Y FECHA	NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA Y SELLO	No. JVPM